

El IVA de éste producto se encuentra desactualizado como consecuencia de los cambios introducidos por la Ley 1819 de 2016 de “Reforma Tributaria”. Por lo anterior, tenga presente que el IVA del 16% se actualizará al 19%, en el curso de los próximos días



**seguros alfa s.a.**

**CONDICIONES PARTICULARES  
PÓLIZA DE SEGURO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO PARA EMPLEADOS  
O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL PARA INDEPENDIENTES,  
CON ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES, DIAGNÓSTICO DE CÁNCER  
FEMENINO Y DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE PRÓSTATA**



**seguros alfa s.a.**

# CONDICIONES PARTICULARES

## CONTENIDO

*SEGURO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO PARA EMPLEADOS O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL PARA INDEPENDIENTES CON ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES, DIAGNÓSTICO DE CÁNCER FEMENINO Y DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE PRÓSTATA.*

### 1. Coberturas

- 1.1. Desempleo involuntario.
- 1.2. Incapacidad total temporal.
- 1.3. Anexo de enfermedades graves.
  - 1.3.1. Cáncer.
  - 1.3.2. Infarto al miocardio.
  - 1.3.3. Cirugía de Bypass Coronario.
  - 1.3.4. Enfermedad Cerebro -Vascular.
  - 1.3.5. Insuficiencia Renal Crónica.
  - 1.3.6. Trasplante de Órganos mayores.
  - 1.3.7. Esclerosis Múltiple.
- 1.4. Indemnización adicional por diagnóstico de cáncer femenino.
- 1.5. Indemnización adicional por diagnóstico de cáncer de próstata.

### 2. Exclusiones

- 2.1. Desempleo involuntario.
- 2.2. Incapacidad total temporal.
- 2.3. Anexo de enfermedades graves, diagnóstico de cáncer femenino y diagnóstico de cáncer de próstata.
- 2.4. Exclusiones generales.

### 3. Glosario

### 4. Cláusulas especiales de las condiciones particulares

- 4.1. Protección de datos personales.
- 4.2. Terminación del seguro.

### 5. Ocurrencia del siniestro, reclamación y condiciones de la indemnización “Derechos de los asegurados”

- 5.1. Procedimiento en caso de siniestro.
  - 5.1.1. Para desempleo involuntario
  - 5.1.2. Para incapacidad total temporal
  - 5.1.3. Para enfermedades graves
- 5.2. Facultad de la devolución de la reclamación

### 6. Información adicional



## CONDICIONES PARTICULARES DEL SEGURO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO PARA EMPLEADOS O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL PARA INDEPENDIENTES CON ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES, DIAGNÓSTICO DE CÁNCER FEMENINO Y DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE PRÓSTATA

ESTAS CONDICIONES MODIFICAN Y HACEN PARTE DE LAS CONDICIONES GENERALES, LAS CUALES ESTÁN A DISPOSICIÓN PARA CONSULTA EN LA PÁGINA WEB [WWW.SEGUROSALFA.COM.CO](http://WWW.SEGUROSALFA.COM.CO)

Lo invitamos a tener en cuenta las siguientes condiciones

### 1. COBERTURAS

#### 1.1. DESEMPLEO INVOLUNTARIO

##### ¿CUÁL ES EL OBJETIVO DE ESTA COBERTURA?

**SEGUROS ALFA S.A.** RECONOCERÁ A FAVOR DEL BENEFICIARIO LA SUMA ASEGURADA, EN AQUELLOS CASOS EN LOS CUALES USTED PIERDA SU EMPLEO SIN JUSTA CAUSA, DE ACUERDO CON LO DEFINIDO POR LA LEGISLACIÓN COLOMBIANA.

##### ESTA COBERTURA CUENTA CON LAS SIGUIENTES PARTICULARIDADES:

- USTED DEBE ESTAR VINCULADO BAJO UN CONTRATO A TÉRMINO FIJO O INDEFINIDO. DEBE LLEVAR MÁS DE 6 MESES O 180 DÍAS CONTINUOS TRABAJANDO. EN CASOS DE CAMBIO DE EMPLEO, SE TENDRÁ EN CUENTA EL TÉRMINO DE 6 MESES O 180 DÍAS CONTINUOS SIEMPRE Y CUANDO EL CAMBIO DE UN EMPLEO A OTRO NO SUPERE 8 DÍAS CALENDARIO.
- USTED DEBERÁ TENER UNA RELACIÓN LABORAL LA CUAL AL MOMENTO DE SU TERMINACIÓN HAYA GENERADO EL PAGO DE UNA INDEMNIZACIÓN O BONIFICACIÓN.

**DENTRO DE ESTA COBERTURA SE AMPARAN:** (I) PERSONAS CON VINCULACIÓN LABORAL A TÉRMINO FIJO Y CUYO CONTRATO HAYA FINALIZADO ANTES DEL TÉRMINO INICIALMENTE ESTABLECIDO Y SIEMPRE Y CUANDO ESTA TERMINACIÓN NO DEPENDA DE LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO Y NO EXISTA JUSTA CAUSA EN LA TERMINACIÓN, (II) LAS PERSONAS VINCULADAS A UNA COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO O EMPRESAS DE SERVICIOS TEMPORALES A TRAVÉS DE CONTRATO A TÉRMINO INDEFINIDO CUYA TERMINACIÓN SE DE SIN JUSTA CAUSA O CONTRATOS A TÉRMINO FIJO CUYA TERMINACIÓN SE DE ANTES DEL TÉRMINO INICIALMENTE PACTADO (III) PERSONAS CON CARGOS EN CARRERA ADMINISTRATIVA O SERVIDORES PÚBLICOS DE LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCIÓN, CUYO RETIRO NO HAYA SIDO GENERADO POR EL ASEGURADO Y SE ENCUENTRE CONTENIDO EN UN ACTO ADMINISTRATIVO Y (IV) LOS DESPIDOS MASIVOS CON O SIN AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DE DEL TRABAJO.

#### 1.2. INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

##### ¿CUÁL ES EL OBJETIVO DE ESTA COBERTURA?

**SEGUROS ALFA S.A.** RECONOCERÁ A FAVOR DEL BENEFICIARIO LA SUMA ASEGURADA, EN AQUELLOS CASOS EN QUE A CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE USTED SEA INCAPACITADO TOTAL Y TEMPORALMENTE.

##### ESTA COBERTURA CUENTA CON LAS SIGUIENTES PARTICULARIDADES:

- USTED DEBE EJERCER UNA ACTIVIDAD ECONÓMICA O PRESTAR SUS SERVICIOS DE MANERA PERSONAL Y POR SU CUENTA Y RIESGO, Y **NO** ENCONTRARSE CON VINCULACIÓN LABORAL A TÉRMINO INDEFINIDO, A TÉRMINO FIJO, A COOPERATIVAS DE TRABAJO ASOCIADO, PERSONAS CON CARGOS EN CARRERA ADMINISTRATIVA O SERVIDORES PÚBLICOS DE LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCIÓN.
- SE INCLUYEN PENSIONADOS QUE DEVENGUEN UN INGRESO ADICIONAL A SU MESADA PENSIONAL.
- LA INCAPACIDAD DEBERÁ TENER UNA DURACIÓN IGUAL O SUPERIOR A QUINCE (15) DÍAS CORRIENTES CONTINUOS Y QUE NO HAYA SIDO CAUSADA POR SU VOLUNTAD.
- LA CERTIFICACIÓN DE LA INCAPACIDAD DEBERÁ SER EMITIDA POR EL MÉDICO DE LA EPS, RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD, ARL, PLAN ADICIONAL DE SALUD O PÓLIZA DE SALUD A LA CUAL USTED SE ENCUENTRE AFILIADO.

PARA EL PAGO DE SU INDEMNIZACIÓN TENGA EN CUENTA LA SIGUIENTE TABLA:

Días de incapacidad total temporal certificada	# de pagos a aplicar
15 – 44 días calendario consecutivos	1
45 – 79 días calendario consecutivos	2
80 – 109 días calendario consecutivos	3
110 -139 días calendario consecutivos	4
140 -169 días calendario consecutivos	5
170 o más días calendario consecutivos	6

**RECAÍDA:** SI USTED PRESENTA UNA NUEVA INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL, POR EL MISMO EVENTO, DENTRO DE LOS 60 DÍAS SIGUIENTES A LA INCAPACIDAD REPORTADA PREVIAMENTE, ÉSTA SE CONSIDERARÁ COMO UNA RECAÍDA Y SE TOMARÁ COMO PARTE DEL PRIMER EVENTO DE ACUERDO CON LA TABLA DE DÍAS DE INCAPACIDAD. LO ANTERIOR, SIEMPRE Y CUANDO LA NUEVA INCAPACIDAD TENGA RELACIÓN DIRECTA DE CAUSALIDAD CON LA PATOLOGÍA QUE ORIGINÓ LA INCAPACIDAD REPORTADA PREVIAMENTE.

SI USTED COMO ASEGURADO PRESENTA UNA NUEVA INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL, POR EL MISMO EVENTO, DESPUÉS DE TRANSCURRIDOS 60 DÍAS DESDE LA ÚLTIMA INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL REPORTADA, LA NUEVA INCAPACIDAD SE TOMARÁ COMO UN NUEVO EVENTO.

## 1.3. ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES

### ¿CUÁL ES EL OBJETIVO DE ESTA COBERTURA?

**SEGUROS ALFA S.A.** RECONOCERÁ A FAVOR DEL BENEFICIARIO LA SUMA ASEGURADA, EN AQUELLOS CASOS EN QUE A USTED SE LE DIAGNOSTIQUE O SE LE MANIFIESTE POR PRIMERA VEZ CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES.

**NOTA:** LA PRESENTE COBERTURA SE ESTABLECE CON EL OBJETO DE RECONOCER A FAVOR DEL ASEGURADO, UN MONTO PARA EL TRATAMIENTO DE SU ENFERMEDAD Y/O PROCEDIMIENTO MÉDICO MIENTRAS ESTE SE ENCUENTRE VIVO. LAS RECLAMACIONES QUE REALICEN LOS BENEFICIARIOS DE LEY DEL ASEGURADO CON POSTERIORIDAD A LA MUERTE DE ESTE TENDIENTES, A AFECTAR ESTA COBERTURA, NO SERÁN CUBIERTAS.

#### 1.3.1. CÁNCER

**SEGUROS ALFA S.A.** PAGARÁ LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA PARA ESTE AMPARO, A PARTIR DE LA DEMOSTRACIÓN DE LA PRESENCIA DE UNA NEOPLASIA MALIGNA QUE PONGA EN PELIGRO LA VIDA DEL ASEGURADO DE ACUERDO CON LA DEFINICIÓN Y DEMOSTRACIÓN QUE MÁS ADELANTE SE SEÑALA.

CABE RESALTAR QUE ESTA COBERTURA ESTÁ LIMITADA ÚNICAMENTE A LA PRIMERA MANIFESTACIÓN U OCURRENCIA DE CÁNCER DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA. CUALQUIER MANIFESTACIÓN U OCURRENCIA DE CÁNCER POSTERIOR A LA PRIMERA RECLAMACIÓN REALIZADA A **SEGUROS ALFA S.A.** POR ESTE CONCEPTO NO SERÁ CUBIERTA POR ESTE SEGURO.

SE ENTIENDE POR CÁNCER, LA ENFERMEDAD QUE SE MANIFIESTA POR LA PRESENCIA DE UN TUMOR MALIGNO, CARACTERIZADO POR ALTERACIONES CELULARES MORFOLÓGICAS Y CROMOSÓMICAS, CRECIMIENTO Y EXPANSIÓN INCONTROLADO Y LA INVASIÓN LOCAL Y DESTRUCCIÓN DIRECTA DE TEJIDOS, O METÁSTASIS; O GRANDES NÚMEROS DE CÉLULAS MALIGNAS EN LOS SISTEMAS LINFÁTICOS O CIRCULATORIOS. INCLUYE ENTRE ELLOS LOS DIVERSOS TIPOS DE LEUCEMIA (EXCEPTO LA LEUCEMIA LINFÁTICA CRÓNICA), LOS LINFOMAS Y LA ENFERMEDAD DE HODGKIN. EL DIAGNÓSTICO DEBERÁ SER REALIZADO POR UN MÉDICO ONCÓLOGO, BASADO EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE Y CONFIRMADO POR UN DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO DE BIOPSIA QUE CERTIFIQUE POSITIVAMENTE LA PRESENCIA DE UN CÁNCER.

#### 1.3.2. INFARTO DEL MIOCARDIO

ES LA MUERTE O NECROSIS DE UNA PORCIÓN DEL MÚSCULO CARDIACO, COMO RESULTADO DEL INADECUADO SUMINISTRO DE FLUJO SANGUÍNEO AL ÁREA CORRESPONDIENTE. EL DIAGNÓSTICO DEBE SER INEQUÍVOCO Y RESPALDADO POR UNA HOSPITALIZACIÓN CUYO REGISTRO INDIQUE UN INFARTO DEL MIOCARDIO DENTRO DE UN PLAZO DE SETENTA Y DOS (72) HORAS ANTES DE DICHA HOSPITALIZACIÓN, QUE PRESENTE:

- CAMBIOS NUEVOS Y RELEVANTES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA ECG.
- AUMENTO DE LAS ENZIMAS CARDIACAS POR SOBRE LOS VALORES NORMALES.
- UN HISTORIAL DE DOLOR DE PECHO, INDICATIVO DE UNA ENFERMEDAD CARDIACA ISQUÉMICA.

LA INSUFICIENCIA CARDIACA, DOLOR TORÁCICO NO CARDIACO, ANGINA, ANGINA INESTABLE, MIOCARDITIS, PERICARDITIS Y LESIÓN TRAUMÁTICA DEL MIOCARDIO NO ESTÁN CUBIERTOS. EL INFARTO DEL MIOCARDIO QUE OCURRE DENTRO DE LOS 14 DÍAS POSTERIORES A CUALQUIER PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN DE LA ARTERIA CORONARIA, INCLUYENDO PERO NO LIMITADO A LA ANGIOPLASTIA CORONARIA O CIRUGÍA DE DERIVACIÓN CORONARIA, SERÁ CUBIERTO SOLAMENTE SI HA RESULTADO CON NUEVAS ONDAS QUE EN EL ELECTROCARDIOGRAMA O NUEVOS MOVIMIENTOS ANORMALES PERMANENTES DE LA PARED CARDÍACA MOSTRADOS EN LAS IMÁGENES CARDIACAS 30 DÍAS DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO CORONARIO.

#### 1.3.3. CIRUGÍA DE BYPASS CORONARIO

ES LA CIRUGÍA DE DOS O MÁS ARTERIAS CORONARIAS CON EL FIN DE CORREGIR SU ESTRECHAMIENTO O BLOQUEO, POR MEDIO DE UNA REVASCULARIZACIÓN BY-PASS, REALIZADA POSTERIORMENTE A LOS SÍNTOMAS DE ANGINA DE PECHO. SE EXCLUYE DE ESTA DEFINICIÓN, LA ANGIOPLASTIA DE GLOBO Y OTRAS TÉCNICAS INVASIVAS QUE NO REQUIEREN CIRUGÍA.

**NOTA:** LA ENFERMEDAD QUE DA LUGAR A LA CIRUGÍA DE BYPASS CORONARIO DEBE DIAGNOSTICARSE DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA. DEL MISMO MODO LA CIRUGÍA DE BYPASS CORONARIO DEBE LLEVARSE A CABO DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA RESPECTIVA PÓLIZA.

#### 1.3.4. ENFERMEDAD CEREBRO – VASCULAR:

LA EMBOLIA CEREBRAL ES DEFINIDA COMO UN INCIDENTE CEREBRO VASCULAR QUE TIENE POR RESULTADO LA MUERTE IRREVERSIBLE DEL TEJIDO CEREBRAL DEBIDO A UNA HEMORRAGIA INTRACRANEAL, O DEBIDO A UN EMBOLISMO O TROMBOSIS EN UN VASO INTRACRANEAL. LA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA TAMBIÉN ESTÁ CUBIERTA BAJO ESTA DEFINICIÓN.

LA ENFERMEDAD QUE CONSISTE EN LA SUSPENSIÓN BRUSCA Y VIOLENTA DE LAS FUNCIONES CEREBRALES FUNDAMENTALES, QUE PRODUCE SECUELAS NEUROLÓGICAS QUE DURAN MÁS DE VEINTICUATRO HORAS Y QUE SON DE NATURALEZA PERMANENTE. ESTO INCLUYE EL INFARTO DE TEJIDO CEREBRAL, LA HEMORRAGIA INTRA-CRANEAL O SUBARACNOIDEA, Y LA EMBOLIA DE UNA FUENTE EXTRA-CRANEAL. EL DIAGNÓSTICO DEBE SER INEQUÍVOCO Y RESPALDADO POR UNA HOSPITALIZACIÓN CUYO REGISTRO INDIQUE UNA LESIÓN CEREBRAL DE TIPO VASCULAR, DENTRO DE UN PLAZO DE SETENTA Y DOS (72) HORAS ANTES DE DICHA HOSPITALIZACIÓN.

#### 1.3.5. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

LA ENFERMEDAD QUE SE PRESENTA, EN SU ETAPA FINAL, COMO EL ESTADO CRÓNICO E IRREVERSIBLE DEL FUNCIONAMIENTO DE AMBOS RIÑONES, COMO CONSECUENCIA DE LA CUAL SE HACE NECESARIO REGULARMENTE LA DIÁLISIS RENAL O EL TRASPLANTE RENAL.

LA INSUFICIENCIA TOTAL, CRÓNICA E IRREVERSIBLE DE AMBOS RIÑONES O LA CONTINUA DIÁLISIS RENAL DEBERÁ SER INSTITUCIONALIZADA Y CONSIDERADA MÉDICAMENTE NECESARIA, POR UN NEFRÓLOGO CERTIFICADO.

LA INSUFICIENCIA RENAL AGUDA REVERSIBLE CON DIÁLISIS RENAL TEMPORARIA ASÍ COMO LA INSUFICIENCIA RENAL SINGULAR NO SON CUBIERTAS BAJO ESTE AMPARO.

LA ASEGURADORA PAGARÁ AL BENEFICIARIO DEL SEGURO EL VALOR ASEGURADO, SIEMPRE Y CUANDO LA ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA NO SE ENCUENTRE DENTRO DE LAS EXCLUSIONES DE ESTA ENFERMEDAD.

### 1.3.6. TRASPLANTE DE ÓRGANOS MAYORES

PARA LOS EFECTOS DE ESTA COBERTURA SE ENTIENDE POR TRASPLANTE DE UN ÓRGANO VITAL EL QUE SE VAYA A REALIZAR O SE HAYA REALIZADO AL ASEGURADO COMO RECEPTOR DEL TRASPLANTE DE UN ÓRGANO PROVENIENTE DE UN DONANTE HUMANO FALLECIDO O VIVO, QUE DEBE SER CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES: CORAZÓN, PULMÓN, HÍGADO, RIÑÓN, MÉDULA ÓSEA O PÁNCREAS, SIEMPRE Y CUANDO EL ÓRGANO DEL ASEGURADO ESTÉ O HAYA ESTADO LESIONADO O ENFERMO. POR TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA SE ENTIENDE LA RECEPCIÓN DE UN TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA HUMANA UTILIZANDO CÉLULAS MADRE HEMATOPOYÉTICAS PRECEDIDO POR ABLACIÓN TOTAL DE MÉDULA ÓSEA.

PARA AQUELLOS TRASPLANTES DE ÓRGANOS QUE SE VAYAN A REALIZAR, SERÁ REQUISITO INDISPENSABLE PARA EL PAGO DEL BENEFICIO QUE EL ASEGURADO NOTIFIQUE PREVIAMENTE Y POR ESCRITO A LA COMPAÑÍA ASEGURADORA EL HECHO DE SER DEFINIDO COMO CANDIDATO A TRASPLANTE POR LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA O REGULADORA CORRESPONDIENTE Y ANTES QUE ESTE SE REALICE. UNA VEZ QUE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA HA SIDO NOTIFICADA DE ESTE HECHO SÓLO PODRÁ PONER TÉRMINO AL CONTRATO DEL ASEGURADO QUE SE ENCUENTRE EN DICHA SITUACIÓN SI ESTE INCURRIERE EN ALGUNA CAUSAL LEGAL QUE ASÍ LO PERMITA.

EL TRASPLANTE DEBERÁ SER CERTIFICADO POR EL MÉDICO QUE LO PRACTICÓ, QUIEN DEBE POSEER LICENCIA PERMANENTE Y VÁLIDA PARA PRACTICAR LA MEDICINA Y ESTA CLASE DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS.

#### NOTA:

- LA ENFERMEDAD QUE DA LUGAR AL TRASPLANTE DE ÓRGANOS MAYORES DEBE DIAGNOSTICARSE DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA.
- EL TRASPLANTE DE ÓRGANO DEL CUAL SEA CANDIDATO EL ASEGURADO, SE DEBERÁ EJECUTAR DE ACUERDO CON LAS NORMAS DE DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS ESTABLECIDAS EN COLOMBIA.
- LOS DOCUMENTOS PRESENTADOS POR EL ASEGURADO EN SU RECLAMACIÓN, DEBERÁN CONTENER LOS SOPORTES MÉDICOS RESPECTIVOS.

### 1.3.7. ESCLEROSIS MÚLTIPLE

PARA LOS EFECTOS DE ESTA COBERTURA SE ENTIENDE POR ESCLEROSIS MÚLTIPLE LA ENFERMEDAD DESMIELINIZANTE DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, CUYO DIAGNÓSTICO INEQUÍVOCO REALIZADO POR UN NEURÓLOGO CONFIRME AL MENOS ANOMALÍAS MODERADAS NEUROLÓGICAS PERSISTENTES, PRODUCIDAS POR LA DEGENERACIÓN DEL TEJIDO NEURAL ESCLEROSADO, EVIDENCIADAS POR SÍNTOMAS TÍPICOS DE AFECTACIÓN DE LAS FUNCIONES SENSORIALES Y MOTORAS Y CUYA PROGRESIÓN HAYA PRODUCIDO DETERIORO INCAPACITANTE SIGNIFICATIVO EN LAS FUNCIONES BÁSICAS Y ESENCIALES PARA LA INDEPENDENCIA, PERO QUE NO LLEVEN NECESARIAMENTE AL ASEGURADO A UNA SILLA DE RUEDAS EN FORMA PERMANENTE".

LA ENFERMEDAD DEBE ESTAR CERTIFICADA POR UN MÉDICO ADSCRITO A LA EPS O ARL A LA CUAL SE ENCUENTRE AFILIADO EL ASEGURADO Y ACREDITADA CON LOS EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO.

**NOTA:** SOLO SE CUBRIRÁN ESTAS SIETE (07) ENFERMEDADES, CUALQUIER ENFERMEDAD DISTINTA A LAS ENUNCIADAS EN ESTE AMPARO SE ENTENDERÁ POR NO CUBIERTA.

## 1.4. INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR DIAGNÓSTICO DE CÁNCER FEMENINO

### ¿CUÁL ES EL OBJETIVO DE ESTA COBERTURA?

**SEGUROS ALFA S.A.**, RECONOCERÁ A FAVOR DEL BENEFICIARIO LA SUMA ASEGURADA SÍ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA A USTED LE ES DIAGNOSTICADO CÁNCER EN EL TEJIDO DE LOS SENOS, OVARIOS, ÚTERO Y CUELLO UTERINO.

ESTA COBERTURA SE LIMITA ÚNICAMENTE A LA PRIMERA MANIFESTACIÓN O DIAGNÓSTICO DE LOS CÁNCERES MENCIONADOS, LAS MANIFESTACIONES POSTERIORES NO SERÁ CUBIERTAS.

**NOTA:** ESTA COBERTURA APLICA SIEMPRE Y CUANDO SE RECONOZCA LA INDEMNIZACIÓN CORRESPONDIENTE A LA ENFERMEDAD DE CÁNCER CUBIERTA EN EL ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES.

## 1.5. INDEMNIZACIÓN ADICIONAL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE PRÓSTATA

### ¿CUÁL ES EL OBJETIVO DE ESTA COBERTURA?

**SEGUROS ALFA S.A.**, RECONOCERÁ A FAVOR DEL BENEFICIARIO LA SUMA ASEGURADA SÍ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA A USTED LE ES DIAGNOSTICADO CÁNCER EN LOS ÓRGANOS GLANDULARES DEL SISTEMA REPRODUCTOR MASCULINO LLAMADO PRÓSTATA.

ESTA COBERTURA SE LIMITA ÚNICAMENTE A LA PRIMERA MANIFESTACIÓN O DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER MENCIONADO, LAS MANIFESTACIONES POSTERIORES NO SERÁ CUBIERTAS.

**NOTA:** ESTA COBERTURA APLICA SIEMPRE Y CUANDO SE RECONOZCA LA INDEMNIZACIÓN CORRESPONDIENTE A LA ENFERMEDAD DE CÁNCER CUBIERTA EN EL ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES.

## 2. EXCLUSIONES

### 2.1. DESEMPLEO INVOLUNTARIO

#### ¿QUÉ SITUACIONES O EVENTOS NO AMPARA ESTA COBERTURA?

(I) RENUNCIA, (II) DESPIDO CON JUSTA CAUSA, (III) MUERTE DEL ASEGURADO, (IV) EXPIRACIÓN DEL TÉRMINO ESTABLECIDO EN EL CONTRATO A TÉRMINO FIJO, (V) CONTRATOS POR OBRA O LABOR, (VI) CONTRATOS POR PRESTACIÓN DE SERVICIO, (VII) SUSPENSIÓN DEL CONTRATO DE TRABAJO (DE ACUERDO A LAS NORMAS LABORALES, (VIII) CONTRATOS FINALIZADOS DURANTE O AL MOMENTO DE FINALIZACIÓN DEL PERIODO DE PRUEBA, (IX) RELACIONES LABORALES CELEBRADAS EN EL EXTERIOR, EJECUTADAS TOTAL O PARCIALMENTE Y FINALIZADAS EN EL EXTERIOR, (X) POR MUTUO CONSENTIMIENTO ENTRE EL TRABAJADOR Y EL EMPLEADOR SIN QUE SE EFECTÚE PAGO ALGUNO DE BONIFICACIÓN, INDEMNIZACIÓN O SUMA ALGUNA. (XI) MIEMBROS DE FUERZAS MILITARES.

## 2.2. INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

### ¿QUÉ SITUACIONES O EVENTOS NO AMPARA ESTA COBERTURA?

- ACTOS DELICTIVOS O CONTRAVENCIONALES DE ACUERDO A LA LEY PENAL, EN LOS QUE PARTICIPE DIRECTA O INDIRECTAMENTE EL ASEGURADO, ACTOS TERRORISTAS, CONMOCIONES CIVILES, ASONADAS, DISTURBIOS, GUERRA DECLARADA O NO Y ACTIVIDADES PELIGROSAS COMO LA MANIPULACIÓN DE EXPLOSIVOS O ARMAS DE FUEGO.
- RADIACIONES IONIZANTES O CONTAMINACIÓN POR RADIOACTIVIDAD DE COMBUSTIBLE NUCLEAR O DE CUALQUIER RESIDUO NUCLEAR PRODUCIDO POR COMBUSTIÓN DE COMBUSTIBLE NUCLEAR, RADIOACTIVIDAD, TÓXICO, EXPLOSIVO O CUALQUIER OTRA PROPIEDAD PELIGROSA DE UN EXPLOSIVO NUCLEAR O DE SUS COMPONENTES.
- ENFERMEDADES, ACCIDENTES O PADECIMIENTOS QUE HAYAN SIDO CONOCIDAS O DIAGNOSTICADAS CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIO DEL PRESENTE SEGURO, ASÍ COMO, CUALQUIER PROCEDIMIENTO REALIZADO POR UN MÉDICO NO LICENCIADO.
- MIEMBROS DE FUERZAS MILITARES.

**NOTA:** BAJO ESTA COBERTURA SE AMPARAN TODAS LAS PERSONAS QUE REALIZAN UNA ACTIVIDAD ECONÓMICA O PRESTEN SUS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA PERSONAL POR SU CUENTA Y RIESGO, Y QUE NO SE ENCUENTREN VINCULADAS A UN EMPLEADOR MEDIANTE VINCULACIÓN LABORAL A TERMINO INDEFINIDO, TERMINO FIJO, PERSONAS CON CARGOS EN CARRERA ADMINISTRATIVA O SERVIDORES PÚBLICOS DE LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCIÓN O PERSONAS VINCULADAS A UNA COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO O EMPRESA DE SERVICIOS TEMPORALES A TRAVÉS DE CONTRATO A TERMINO FIJO O INDEFINIDO.

## 2.3. ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES, DIAGNÓSTICO DE CÁNCER FEMENINO Y DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE PRÓSTATA

### ¿QUÉ SITUACIONES O EVENTOS NO AMPARA ESTA COBERTURA?

#### CÁNCER

LEUCEMIA CRÓNICA LINFOCÍTICA. CÁNCERES DE PIEL, CON EXCEPCIÓN DEL MELANOMA MALIGNO. TODOS LOS TUMORES DESCRITOS HISTOLÓGICAMENTE COMO BENIGNOS, PREMALIGNOS, CON POTENCIAL BAJO DE MALIGNIDAD, O NO INVASIVOS. TODAS LAS LESIONES DESCRITAS COMO CARCINOMA "IN SITU", VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO, CONDILOMAS PLANOS, DISPLASIAS CERVICALES NIC I, NIC II Y NIC III Y LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES ESPECÍFICAS: POLICITEMIA VERA Y TROMBOCITEMIA ESENCIAL. TODOS LOS TUMORES DE PRÓSTATA, AL MENOS QUE SEAN CLASIFICADOS HISTOLÓGICAMENTE POR LA ESCALA DE "GLEASON" CON UN GRADO MAYOR A 6, O QUE HAYAN PROGRESADO AL MENOS A LA CLASE T2NOMO SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE AJCC SEXTA EDICIÓN CLASIFICACIÓN TMN. CUALQUIER TIPO DE CÁNCER EN PRESENCIA DE LA INFECCIÓN VIH, INCLUYENDO PERO NO LIMITADO A LINFOMA O SARCOMA DE KAPOSI. MELANOMAS DELGADOS CON REPORTE DE PATOLOGÍA MOSTRANDO NIVELES DE CLARK MENORES DE III O UN GROSOR MENOR A 1.0 MM. SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE BRESLOW. EL CÁNCER DE TIROIDE TEMPRANO CON UN DIÁMETRO MENOR DE 1.0 CM. E HISTOLÓGICAMENTE DESCRITO COMO T1 POR LA SEXTA EDICIÓN DE AJCC CLASIFICACIÓN TMN, SIEMPRE Y CUANDO NO EXISTA METÁSTASIS. CÁNCER TEMPRANO LOCALIZADO EN LA VEJIGA QUE SEA HISTOLÓGICAMENTE DESCRITO POR LA SEXTA EDICIÓN DE AJCC CLASIFICACIÓN TMN COMO TAL O UNA CLASIFICACIÓN EQUIVALENTE, SIEMPRE Y CUANDO NO EXISTA METÁSTASIS. LEUCEMIA LINFOQUÍSTICA CRÓNICA (LLC) CON CLASIFICACIÓN MENOR DE LA ETAPA 3 EN LA PRUEBA DE RAI.

TODOS LOS TIPOS DE CÁNCER QUE SEA UNA RECURRENCIA O METÁSTASIS DE UN TUMOR PRESENTADO POR PRIMERA VEZ DENTRO DEL PERÍODO DE CARENCIA.

ESTA COBERTURA ESTÁ LIMITADA ÚNICAMENTE A LA PRIMERA MANIFESTACIÓN U OCURRENCIA DE CÁNCER. CUALQUIER MANIFESTACIÓN U OCURRENCIA DE CÁNCER POSTERIOR A LA PRIMERA SOLICITUD DE RECLAMACIÓN PRESENTADA A LA ASEGURADORA POR ESTE CONCEPTO NO SERÁ CUBIERTA POR ESTE SEGURO.

#### TRATÁNDOSE DE INFARTO AL MIOCARDIO SE ENCUENTRAN EXCLUIDAS DE COBERTURA

LA INSUFICIENCIA CARDIACA, DOLOR TORÁCICO NO CARDÍACO, ANGINA, ANGINA INESTABLE, MIOCARDITIS, PERICARDITIS Y LESIÓN TRAUMÁTICA AL MIOCARDIO.

#### TRATÁNDOSE DE CIRUGÍA DE BYPASS CORONARIO SE ENCUENTRE EXCLUIDAS DE COBERTURA LOS SIGUIENTES TRATAMIENTOS Y/O CIRUGÍAS

LA ANGIOPLASTIA CON GLOBO. OTRAS TÉCNICAS QUE NO REQUIEREN CIRUGÍA. ESTÁN EXCLUIDOS LOS SIGUIENTES PROCEDIMIENTOS: LA ANGIOPLASTIA CORONARIA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA (ACTP), CATETERISMO CARDÍACO, TRATAMIENTO CON RAYO LÁSER, CUCHILLA ROTABLE, EL STENTING Y OTRAS TÉCNICAS DE CATETERISMOS INTRA-ARTERIALES. ASÍ MISMO, ESTÁ EXCLUIDA LA CIRUGÍA DE DERIVACIÓN DE LAS ARTERIAS CORONARIAS POR LAPAROSCOPIA.

#### TRATÁNDOSE DE ENFERMEDAD CEREBRO-VASCULAR SE ENCUENTRAN EXCLUIDAS DE COBERTURA

NO SE CONSIDERARÁN DENTRO DE LA COBERTURA LOS SÍNTOMAS CEREBRALES DE MIGRAÑA, LESIÓN CEREBRAL CAUSADA POR UN TRAUMATISMO O HIPOXIA Y UNA ENFERMEDAD VASCULAR QUE AFECTE AL OJO O AL NERVIÓ ÓPTICO, Y LAS ALTERACIONES ISQUÉMICAS DEL SISTEMA VESTIBULAR, NI LOS ACCIDENTES CEREBRO VASCULARES POST-TRAUMÁTICOS. ATAQUES ISQUÉMICOS TRANSITORIOS (AIT). DAÑO CEREBRAL DEBIDO A UN TRAUMA O LESIÓN, INFECCIÓN, VASCULITIS, ENFERMEDAD INFLAMATORIA O MIGRAÑA. TRASTORNOS DE LOS VASOS SANGUÍNEOS QUE AFECTEN LA VISTA, INCLUYENDO INFARTO DEL NERVIÓ ÓPTICO O RETINA, TRASTORNOS ISQUÉMICOS DEL SISTEMA VESTIBULAR. EMBOLIA CEREBRAL SILENTE ASINTOMÁTICA ENCONTRADA EN IMÁGENES.

#### TRATÁNDOSE DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SE ENCUENTRAN EXCLUIDAS DE COBERTURA

LA INSUFICIENCIA RENAL AGUDA REVERSIBLE CON DIÁLISIS RENAL TEMPORARIA ASÍ COMO LA INSUFICIENCIA RENAL SINGULAR NO SON CUBIERTAS.

#### TRATÁNDOSE DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE SE ENCUENTRAN EXCLUIDAS DE COBERTURA:

SE EXCLUYEN OTRAS CAUSAS DE DAÑO NEUROLÓGICO COMO LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO O INFECCIONES POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA.

### TRATÁNDOSE DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS:

LA COBERTURA SÓLO COMPRENDE EL TRASPLANTE DE TODO EL ÓRGANO Y NO DE FRACCIONES O PARTES DE ÉSTE, POR LO QUE EN EL CASO DEL PÁNCREAS SE EXCLUYE EL TRASPLANTE DE ISLOTES DE LANGERHANS. NO ESTARÁ CUBIERTO EL TRASPLANTE AUTÓLOGO DE MEDULA.

### OTRAS EXCLUSIONES APLICABLES:

- SUICIDIO, TENTATIVA DE SUICIDIO, LESIONES, PADECIMIENTOS O ENFERMEDADES INTENCIONALMENTE CAUSADAS O AUTO INFLIGIDAS, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O INCAPACIDAD MENTAL.
- USO O ABUSO INTENCIONAL DE DROGAS O ALCOHOL DE ACUERDO CON EL MANUAL DE NORMAS TÉCNICAS INTERNACIONALES.
- RADIACIÓN, REACCIÓN ATÓMICA O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA. VENENO, INHALACIÓN DE GASES O VAPORES VENENOSOS.
- LESIONES CORPORALES CAUSADAS POR EVENTOS EXTERNOS, BIEN SEAN ÉSTOS DE CARÁCTER VIOLENTO O ACCIDENTAL.
- CUALQUIER CONDICIÓN RELACIONADA DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (SIDA) O EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), CONFORME CON LAS DEFINICIONES RECONOCIDAS PARA TAL EFECTO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.
- ENFERMEDADES QUE HAYAN SIDO CONOCIDAS O DIAGNOSTICADAS CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIO DE LA COBERTURA, O A LA FECHA DE INCORPORACIÓN DEL ASEGURADO, SEGÚN CORRESPONDA.
- PADECIMIENTOS CONGÉNITOS, ANOMALÍAS CONGÉNITAS, Y LOS TRASTORNOS QUE SOBREVENGAN POR TALES ANOMALÍAS O SE RELACIONEN CON ELLAS.
- RIÑAS O ALBOROTOS POPULARES EN LOS QUE HUBIERE INTERVENIDO EL ASEGURADO.
- EFECTOS DE GUERRA, DECLARADA O NO DECLARADA, INVASIÓN, ACCIÓN DE UN ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS, YA SEA CON O SIN DECLARACIÓN DE GUERRA, COMISIÓN DE ACTOS CALIFICADOS COMO DELITO, ASÍ COMO LA PARTICIPACIÓN ACTIVA EN REBELIÓN, REVOLUCIÓN, SUBLEVACIÓN, ASONADAS, MOTÍN, CONMOCIÓN CIVIL, SUBVERSIÓN Y TERRORISMO.
- PARTICIPACIÓN EN CARRERAS, APUESTAS, COMPETENCIAS Y DESAFÍOS QUE SEAN REMUNERADOS O SEAN LA OCUPACIÓN PRINCIPAL DEL ASEGURADO.
- INTOXICACIÓN O ENCONTRARSE EL ASEGURADO EN ESTADO DE EBRIEDAD, O BAJO LOS EFECTOS DE CUALQUIER NARCÓTICO A MENOS QUE HUBIESE SIDO ADMINISTRADO POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA. ESTOS ESTADOS DEBERÁN SER CALIFICADOS POR LA AUTORIDAD COMPETENTE.
- TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS DISTINTOS DE LOS NECESARIOS A CONSECUENCIA DE LESIONES O ENFERMEDAD CUBIERTAS POR ESTA PÓLIZA.
- LOS TRATAMIENTOS ESTÉTICOS, PLÁSTICOS, DENTALES, ORTOPÉDICOS Y OTROS TRATAMIENTOS QUE SEAN PARA FINES DE EMBELLECIMIENTO O PARA CORREGIR MALFORMACIONES PRODUCIDAS POR ENFERMEDADES O ACCIDENTES ANTERIORES A LA FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA. TRATAMIENTOS POR ADICCIÓN A DROGAS O ALCOHOLISMO, LESIÓN, ENFERMEDAD O TRATAMIENTO CAUSADO POR INGESTIÓN VOLUNTARIA DE SOMNÍFEROS, BARBITÚRICOS, DROGAS Y DEMÁS SUSTANCIAS DE EFECTOS ANÁLOGOS O SIMILARES.
- NEGLIGENCIA, IMPRUDENCIA O CULPA GRAVE POR PARTE DEL ASEGURADO.
- PARTICIPACIÓN EN LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES O DEPORTES: PASAJERO EN AVIACIÓN PRIVADA, PARACAIDISMO, ALAS DELTA, PARAPENTE, BUNJEE JUMPING, ALPINISMO, ESCALADA, MOTOCICLISMO, ARTES MARCIALES, BOXEO, LUCHA, RODEO, RUGBY, EQUITACIÓN, POLO, Y AQUELLAS OTRAS QUE SE EXCLUYAN EXPRESAMENTE EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA.
- ACTIVIDADES PELIGROSAS COMO LA MANIPULACIÓN DE EXPLOSIVOS O ARMAS DE FUEGO.
- CUALQUIER PROCEDIMIENTO REALIZADO POR UN MÉDICO NO LICENCIADO.
- EN NINGÚN CASO LA COMPAÑÍA ASEGURADORA PAGARÁ UNA ENFERMEDAD QUE SEA CONSECUENCIA, COMPLICACIÓN O SECUELA DE UNA ENFERMEDAD QUE HAYAN SIDO CONOCIDAS O DIAGNOSTICADAS AL MOMENTO DE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, INDEPENDIEMENTE DEL TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE SU PRIMER DIAGNÓSTICO. ASÍ MISMO, SE EXCLUYEN DIAGNÓSTICOS REPETIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
- MIEMBROS DE FUERZAS MILITARES.

## 2.4. EXCLUSIONES GENERALES

- ACTOS DELICTIVOS O CONTRAVENCIONALES DE ACUERDO A LA LEY PENAL, EN LOS QUE PARTICIPE DIRECTA O INDIRECTAMENTE EL ASEGURADO, ACTOS TERRORISTAS, CONMOCIONES CIVILES, ASONADAS, DISTURBIOS, GUERRA DECLARADA O NO Y ACTIVIDADES PELIGROSAS COMO LA MANIPULACIÓN DE EXPLOSIVOS O ARMAS DE FUEGO.
- RADIACIONES IONIZANTES O CONTAMINACIÓN POR RADIOACTIVIDAD DE COMBUSTIBLE NUCLEAR O DE CUALQUIER RESIDUO NUCLEAR PRODUCIDO POR COMBUSTIÓN DE COMBUSTIBLE NUCLEAR, RADIOACTIVIDAD, TÓXICO, EXPLOSIVO O CUALQUIER OTRA PROPIEDAD PELIGROSA DE UN EXPLOSIVO NUCLEAR O DE SUS COMPONENTES.
- ENFERMEDADES, ACCIDENTES O PADECIMIENTOS QUE HAYAN SIDO CONOCIDAS O DIAGNOSTICADAS CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIO DEL PRESENTE SEGURO, ASÍ COMO, CUALQUIER PROCEDIMIENTO REALIZADO POR UN MÉDICO NO LICENCIADO.

## 3. GLOSARIO

- **ACCIDENTE:** Suceso imprevisto, repentino e involuntario causado por medios externos y de modo violento que afecten el organismo del asegurado.
- **ASEGURADO:** En este seguro la persona asegurada será usted.
- **BENEFICIARIO:** Persona a la que se le paga el valor asegurado en caso de reclamación.
- **CÁNCER:** Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por alteraciones morfológicas y cromosómicas, crecimiento incontrolado y la invasión local y destrucción directa de tejidos o metástasis o gran número de células malignas en los sistemas linfáticos.
- **CÁNCER DE SENO:** Crecimiento de células anormales en el tejido mamario
- **CÁNCER DE OVARIOS:** Crecimiento de células anormales en los ovarios o en los órganos reproductores que producen óvulos.
- **CÁNCER DE PRÓSTATA:** Crecimiento de células anormales en los órganos glandulares del sistema reproductor masculino llamado próstata.



- **CÁNCER DE ÚTERO Y/O CUELLO UTERINO:** Crecimiento de células anormales en el Útero o Cuello Uterino. Esta definición se extiende a la diseminación de células malignas derivadas de un cáncer de vulva o vagina.
- **EDAD MÁXIMA DE INGRESO:** Edad hasta la cual una persona puede adherirse al presente seguro.
- **EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA:** Edad hasta la cual una persona puede permanecer asegurada en el presente seguro. Es importante tener en cuenta que una vez cumplida la edad máxima de permanencia, el presente seguro se dará por terminado de manera automática.
- **EDAD MÍNIMA DE INGRESO:** Edad a partir de la cual una persona puede adherirse al presente seguro.
- **EXCLUSIONES:** Hechos, situaciones o condiciones no cubiertos por el seguro.
- **METÁSTASIS:** Es la propagación de un foco canceroso a un órgano distinto al de su origen.
- **NEOPLASIA MALIGNA (Cáncer):** Células anormales que se multiplican sin control y pueden invadir los tejidos cercanos.
- **PERÍODO ACTIVO MÍNIMO DESPUÉS DE UN SINIESTRO:** Corresponde al período mínimo de tiempo durante el cual el asegurado debe permanecer empleado a efectos de tener la posibilidad de presentar una nueva reclamación que afecte la cobertura de desempleo involuntario.
- **PERIODO DE CARENCIA:** Para iniciar las coberturas del presente seguro, será necesario que el asegurado cumpla un periodo de permanencia mínimo en la póliza, este periodo comienza desde la adquisición del seguro hasta el vencimiento del número de días establecidos como periodo de carencia, quiere decir que si durante este lapso se presenta un siniestro no tendrá cobertura. Ejemplo: el periodo de carencia para la cobertura de desempleo es de 60 días contados a partir del inicio de vigencia de la póliza.
- **PRIMA:** Precio del seguro.
- **SINIESTRO:** Ocurrencia de los sucesos amparados en la póliza.
- **TOMADOR:** Persona que por cuenta propia o ajena traslada un riesgo.

## 4. CLÁUSULAS ESPECIALES DE LAS CONDICIONES PARTICULARES

### 4.1. PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Usted como asegurado, al solicitar o autorizar la contratación de este seguro, manifiesta que toda la información suministrada a través de la solicitud correspondiente es veraz y comprobable, y autoriza expresamente para los fines de la contratación del seguro a **SEGUROS ALFA S.A.** y al tomador para efectuar todo tratamiento de su información personal, necesario para el cumplimiento de sus deberes legales y contractuales pudiendo, compartir información del asegurado con el tomador de la póliza, así como también, cuando ello se haga indispensable para el desarrollo del contrato de seguro o para cualquier operación que le resulte afín, complementaria o asociada, revelar o encargar, bajo su responsabilidad, información a terceros tales como proveedores tecnológicos, operadores logísticos o reaseguradores en Colombia o en el exterior.

Para fines estadísticos y/o de valoración de riesgo el tomador y/o asegurado autorizan a **SEGUROS ALFA S.A.** para efectuar consultas y reportes de su información personal dirigidos a centrales de riesgo financiero, a autoridades públicas competentes, y a organismos gremiales del sector financiero y asegurador, así como también a consultar fuentes de información disponible públicamente.

Usted en calidad de asegurado se obliga a informar oportunamente todo cambio y/o actualización e información personal suministrada a **SEGUROS ALFA S.A.** el asegurado podrá conocer, actualizar o modificar sus datos comunicándose a la línea de atención en Bogotá D.C al 7455550 o a nivel nacional al 01 8000 968181 o acceder a las políticas, a través de la página web [WWW.SEGUROSALFA.COM.CO](http://WWW.SEGUROSALFA.COM.CO) enlace "Protección de datos personales".

Donde aplique, y siempre que los mismos no resulten indispensables para el desarrollo del contrato de seguro no será obligatoria la revelación de datos sobre orientación política, sexual, religiosa, filosófica, raza, de menores, o en todo caso datos legalmente considerados como sensibles.

### 4.2. TERMINACIÓN DEL SEGURO

El presente certificado individual culminará por las siguientes causas: (I) Mora en el pago de la prima, (II) Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en la póliza, (III) Revocación unilateral por parte del asegurado, mediante noticia escrita o comunicándose a la línea de atención en Bogotá D.C al 7455550 o a nivel nacional al 018000 968181, (IV) Muerte del asegurado.

## 5. OCURRENCIA DEL SINIESTRO, RECLAMACIÓN Y CONDICIONES DE LA INDEMNIZACIÓN “Derechos de los asegurados”

### 5.1. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

Para conocer como tramitar su solicitud de reclamación, por favor comunicarse con la línea de atención al cliente en Bogotá D.C. al 7455550 o a nivel nacional al 01 8000 968181.

#### 5.1.1. PARA DESEMPLEO INVOLUNTARIO

- Original o copia del documento en el que conste la terminación de la relación laboral, en el cual se especifique el tipo de contrato laboral y la causa de terminación del mismo o carta de despido detallando dicha información.
- Original o copia del documento en el que conste la liquidación de salarios y prestaciones sociales.

#### 5.1.2. PARA INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

- Certificados y exámenes médicos, en original o copia, que acrediten la incapacidad total temporal por más de 15 días corrientes. Estos certificados y exámenes deberán ser emitidos por el médico tratante, afiliado a la EPS, ARL, póliza de salud, régimen subsidiado o médico especialista en medicina.
- Se advierte que los certificados de incapacidad informales no serán tenidos en cuenta dentro de la reclamación.
- Certificado de vinculación al sistema de seguridad social del mes inmediatamente anterior y/o copia de la planilla de aportes al sistema de seguridad social.

#### 5.1.3. PARA ENFERMEDADES GRAVES, DIAGNÓSTICO DE CÁNCER FEMENINO Y DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE PRÓSTATA

- Certificados y exámenes médicos, en original o en copia, del dictamen médico en que conste el tiempo de evolución y fecha de diagnóstico de la enfermedad, expedidos por el médico tratante, afiliado a la EPS, ARL, póliza de salud, régimen subsidiado o médico especialista en medicina ocupacional o médico afiliado a la medicina prepagada del asegurado.
- Exámenes que comprueban el padecimiento de la enfermedad (biopsia, radiografías, etc.).

**Nota:** SEGUROS ALFA S.A. podrá solicitar cualquier otro documento necesario para definir su reclamación, así mismo, cuando usted o los beneficiarios no posean los documentos mencionados, podrán aportar cualquier medio probatorio previsto en la ley, siempre y cuando sea idóneo, pertinente y conducente para probar el siniestro.

*\*Una vez enviada por usted la documentación completa, SEGUROS ALFA S.A. procederá a resolver la reclamación.*

#### \* Pasos para la reclamación

Cuando usted cuente con la totalidad de documentos enunciados para la reclamación, le solicitamos muy amablemente remitir dicha documentación por el siguiente medio:

- **A través de la sucursal del Banco Av Villas más cercana a usted.**

### 5.2. FACULTAD DE DEVOLUCIÓN DE LA RECLAMACIÓN

SEGUROS ALFA S.A. podrá devolver una reclamación cuando la misma carezca de la documentación y/o información solicitada como prueba para acreditar la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, cuando sea necesario.

Cuando se efectúe la devolución de la reclamación, se informará cuáles son los documentos que se requieren para la resolución de la reclamación. En este evento, el reclamante podrá presentar una nueva solicitud con los respectivos documentos que acrediten la ocurrencia de las situaciones descritas en el presente seguro.

**Nota:** cuando usted o los beneficiarios no posean los documentos mencionados, podrán aportar cualquier medio probatorio previsto en la ley, siempre y cuando sea idóneo, pertinente y conducente para probar el siniestro.

## 6. INFORMACIÓN ADICIONAL

- Líneas de atención al cliente: en Bogotá D.C. 7455550 o a nivel nacional 01 8000 968 181.
- Datos del Defensor del Consumidor Financiero: Jose Fernando Zarta, Av. Calle 24A No. 59 42 Torre 4 Piso 4 Bogotá D.C. Teléfono 7435333 Ext 14454. Email: [defensordelasegurado@segurosalfa.com.co](mailto:defensordelasegurado@segurosalfa.com.co)
- Tenga en cuenta: Toda diferencia sobre cualquier aspecto del seguro por parte del asegurado, se resolverá entre el mismo asegurado y la aseguradora, sin responsabilidad alguna del **BANCO AV VILLAS S.A.** El asegurado acepta que el **BANCO AV VILLAS S.A.**, como beneficiario, recibirá la indemnización y tendrá la facultad de aplicar dicha indemnización, mes a mes contra el saldo de las respectivas cuotas en su vencimiento regular, tanto por capital como por intereses.

En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO, se le recomienda mantenerse informado al respecto consultando de forma periódica nuestra página web, [www.segurosalfa.com.co](http://www.segurosalfa.com.co), ingresando al enlace Consumidor Financiero.

**ADVERTENCIA:** Este producto es ofrecido por la red del **BANCO AV VILLAS S.A.** limitándose única y exclusivamente al correcto cumplimiento de las instrucciones debidamente impartidas por **SEGUROS ALFA S.A.**, para la prestación del servicio en dicha red. El **BANCO AV VILLAS S.A.** no actúa como intermediario de seguros ni como compañía aseguradora. El cumplimiento del contrato de seguros es responsabilidad directa y exclusiva de **SEGUROS ALFA S.A.** El **BANCO AV VILLAS S.A.** no asume frente al asegurado y/o beneficiario ninguna obligación relacionada con la ejecución del contrato de seguro que da origen a esta transacción.



---

Firma Autorizada Seguros Alfa S.A.  
Nit: 860.031.979-8

Todo lo no previsto en el presente documento se regirá por el Código de Comercio

